

Wünsche der Angehörigen

Bedürfnis-Formulierungen für effektivere Maßnahmen für unsere betroffenen Angehörigen

Gesammelt und formuliert von Manfred Desch mit dem Vorstand des LAPK Hessen

Juni 2018

Diese Zusammenstellung gibt in erster Linie die sich von Angehörigen im LV Hessen wieder. Angehörige psychisch erkrankter Menschen sind eine sehr heterogene Gruppe, nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Erkrankungen in den Familien oder ob Eltern, Partner, Geschwister, Großeltern oder Enkel sich äußern. Aus diesem Grund gibt es natürlich zu einigen der Aussagen auch andere Meinungen und/oder Haltungen von Angehörigen.

Psychiatrische Medikamente ermöglichen Betroffenen nach Krisen wieder bedingten sozialen Zugang, aber zusätzliche soziale Therapien und Maßnahmen können vielen Betroffenen bessere gesellschaftliche Teilhabe, gesundheitliche Stabilität und Lebenserfüllung ermöglichen. Zusätzliche Therapie kostet auch mehr Aufwand und Geld, es zu sparen, kostet aber die gesundheitliche und soziale Zukunft der Betroffenen und belastet unzählige Familien und bedeutet unhaltbare Benachteiligung.

Was uns auf den Nägeln brennt:

- Wie kann verlässlich aufsuchende Hilfe bei akuten Krisen möglich werden?
- Wie kann chronisch Kranken eine besser (v)erträglichere Therapie und damit mehr Teilhabe in Gesellschaft und Arbeit ermöglicht werden?
- Psychotherapie: Wie kann bei knappen Ressourcen einer größeren Zahl von Betroffenen der Zugang zu sozialen Therapien ermöglicht werden?
- Wie kann chronischen Therapie-Vermeidern Hilfe zukommen?
- Wie kann Wohnungslosen zu menschenwürdiger Unterkunft verholfen werden?
- Medienberichte über Gewalttaten psychisch Kranker - wie ist eine nichtstigmatisierende Berichterstattung erreichbar?

Unsere Schwerpunkte:

- Problematische Patienten-Autonomie
- Familiäre Beziehungen
- Regelmäßige Einführung von Psychotherapie bei Psychosen, z. B. in Tageskliniken
- Aufzählung defizitär erlebter Situationen, Ziele und Begründungen
- Auf S. 11 ergänzt: FairMedia – Bitte an Multiplikatoren: neutral berichten, gruppenstigmatisierende Formulierungen vermeiden.

Problematische Patienten-Autonomie – aus Angehörigen-Sicht:

Ein Beispiel, wie oft geschildert wird: Ein Patient gerät in eine wiederholte Krise. Den Arzt wird sich ohne Kenntnis dieses Umstands an dieser Stelle vermutlich u.a. folgende Fragen stellen. (Vergleichbare Beispiele ließen sich aus unserer Sicht unendlich viele aufzählen):

- hat der Patient seine Medikamente regelmäßig eingenommen?
- gab es äußere Anlässe? ...
- war die bisherige Dosierung ausreichend, Wirkstoff noch der richtige?
- wie verläuft der Alltag außerhalb der Klinik?

Wie kann ein Patient aus Scham, oder wegen bewusstseinsbeschränkender Psychose-Erkrankung oder Medikamenten-Nebenwirkung seine Situation umfassend erkennen und beschreiben? Nach einer akuten Krise, die mit hoher Autonomie-Tendenz einhergeht, besteht meist ein hohes Schonungs- und Schutzbedürfnis.

Ohne umfassende Anamnese unter Einbeziehung des Umfeldes

- bleibt das Blickfeld und damit das Therapie-Ziel für die Behandler eingeschränkt und unklar (Laborsituation),
- kann Therapie nicht zielführend eingesetzt werden,
- trägt diese Rechtslage und deren konsequente Umsetzung zur Verschlechterung der Situation der Betroffenen bei
- Auf für Angehörige entlastende Gespräche wird verzichtet, der Stress schadet auch den Betroffenen.

Überzogene Patienten-Autonomie, außerhalb der o. g. Balance schadet dem Patienten aus unserer Sicht erheblich:

- sie schadet dem familiären Beziehung-System,
- begünstigen die Chronifizierung
- und Abhängigkeit vom Hilfesystem.

Erzwingt die Unterversorgung psychiatrischer Kliniken die Vermeidung Einbeziehung Angehöriger zur Vereinfachung der Arbeit? Das wäre fatal. Wie kann Therapie unter Labor-Bedingungen, statt im Leben erfolgreich sein? Ist unsere Psychiatrie mit Radfahrern zu vergleichen, die nur bergab mit Rückenwind funktionieren müssen? Für hilfreiche Psychotherapie ist kein Geld da, ist das nicht vergleichbar mit Zahnschmerz-Patienten, die mit Schmerzmitteln abgefunden werden müssen, weil Ressourcen für erhaltende Therapien verweigert werden?

Behandlern wird durch verknappte Personal-Ressourcen zugemutet, auf relevante Informationen aus dem Umfeld des Patienten zu verzichten.

Patienten, Familien und die gesamte Gesellschaft zahlen aus unserer Sicht durch Vermeidung der Fremd-Anamnese und Angehörigen-Einbeziehung einen hohen Preis. Der gesundheitliche Zustand verschlechtert sich oft zusehends, die Lebensqualität des Betroffenen schwindet. Das muss so nicht sein!

Einseitige Betonung der Selbstbestimmung / Autonomie ohne Balance mit zeitweise nötiger Fürsorge schadet der langfristigen Teilhabe-Fähigkeit. Nur die Berücksichtigung von Schutzrechten macht Autonomie und Teilhabe möglich. (nach Soltauer Initiative / Denk-Zettel Nr. 2, S. 2).

Wir fordern von Politik und Kostenträgern die Finanzierung geeigneter Angehörigen-Arbeit und moderner Gesprächs-Therapien als Basis für eine Medikamenten-Reduzierung, Verbesserung der Lebensqualität und bessere Wiedereingliederung.

Siehe: S. 4, Pos. 3 und S. 5, Pos. 5 und S. 9

LANDESVERBAND HESSEN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e.V.

c/o Edith Mayer, Am Grenzgraben 4, 63067 Offenbach

desch@angehoerige-hessen.de / www.angehoerige-hessen.de / www.psychiatrie.de

Frankfurt, den 24.05.2018

Vorläufige Ausgaben dieser Arbeit verlieren durch Erscheinen dieser Version ihre Gültigkeit.

Am Dokument wird weitergearbeitet und auf der LV-Website aktualisiert: www.angehoerige-hessen.de

Mein Dank für gute Unterstützung geht an die Vorstands-Kollegen, fachliche Berater und meine Frau, die wertvolle Hinweise gaben, geduldig Korrektur lasen und aus wertvollen Erfahrungen und hilfreiche Argumente gaben.



Uns erreichen vereinzelt **Klagen über Sexismus**: Bitte **schützt Frauen vor verletzenden sexistischen Sprüchen und Anmache**, die auch durch eine Minderheit problematischer Mitpatienten geschieht: Der Rechtsanspruch auf körperliche und seelische Unversehrtheit besteht überall und in **allen psychiatrischen Einrichtungen, Wohnheimen und Werkstätten**. **Pöbeleien und Anmache sind keine Privatsache**, sondern übergreifende und verletzend Angriff in deren Unversehrtheit. Üble Witze über und auf Kosten wehrloser Frauen bitten wir auch konsequent zu unterbinden. Täter sind zu rügen, ihnen ist ihr unkontrolliertes Fehlverhalten auf Kosten ihrer Opfer und die Schmerzhaftigkeit der Verletzung deutlich zu machen.

Stärkt, was uns zusammenhält: Beziehungen sind Lebensgrundlage

Beziehungen sind aus unserer Sicht das, was in akuten psychischen Krisen im Familien-System am stärksten „getestet“ und bis zum Bruch überlastet werden. Deshalb fordern wir die Stärkung familiärer Beziehungen durch punktuelle therapeutische Einbeziehung (s. u.). Der „weiße Elefant“ der gestörten Beziehungen steht spür- und sichtbar als abgewiesene Angehörige und Geschwister, ... Aus Sicht engagierter Angehörigen und Betroffener stehen soziale Therapieformen gegenüber der biologischen Therapieform zu Unrecht im Schatten.

Einbeziehung interessierter Angehöriger (Eltern, Geschwister, ...) kann

- durch gemeinsame Betrachtung Belastungen besser aufspüren und Ziele definieren helfen,
- Behandlern mehr Klarheit verschaffen,
- den Betroffenen Beistand bei Entscheidungen verschaffen,
- die häufig anzutreffende Abwärts-Spirale aufhalten oder gar umdrehen,

Die **Einsamkeit vieler Betroffenen** wirkt auf die gesamte Familie belastend. Psychische Erkrankungen verursachen weltweit enorme Kosten, nicht nur durch Arbeitsausfälle, sondern auch durch ein höheres Risiko für körperliche Spätfolgen. - **Muss das wirklich für immer so bleiben?** Wir erwarten, dass eine bessere Förderung von Menschen mit seelischen Störungen sich in Form von besserer Inklusion ins Familien-, Privat- und Berufsleben auszahlen.

Wir müssen jetzt wirklich hinschauen und an den richtigen Stellschrauben drehen. **Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen ist erforderlich, ohne die uns die nötigen Verbesserungen unmöglich erscheinen.** Unsere Ziele:

- bessere **Teilhabe** und Einbeziehung in den **Arbeitsmarkt**
- bessere Autonomie

Förderliche Anreize für den medizinischen und pflegerischen Nachwuchs sind nötig. Wir wollen in eigenständiger Verantwortung als begleitende Angehörige einen Beitrag zur differenzierten Meinungsbildung leisten.

Mut macht Zukunft: Erfolgreiche Kliniken und Einrichtungen sind bekannt und durch engagierte Verantwortungsträger werden mehr. Diese wollen wir hiermit ausdrücklich unterstützen. Defizite an anderer Stelle sind oft **budget-, struktur- oder marktbedingt** und treten nicht flächendeckend in gleicher Weise auf. **Behandler brauchen bessere Bedingungen für gute Therapie-Erfolge. Unzulängliche Personalschlüssel und knappe Budgets verhindern bessere Therapie-Angebote.**

Schwer betroffene Patienten werden auch nach Verbesserungen nicht ausreichend von Therapie-Angeboten profitieren können. Für sie muss die bisherige Struktur des Zugangs zu sozial-psychiatrischen **kleinen wohnortnahen Wohnheimen, betreutem Einzelwohnen, Wohnen in Familien, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen (passend für psychiatrische Patienten)**, ... erhalten bleiben. Alle geeigneten Initiativen und **Maßnahmen, welche selbstständiges Wohnen und die Teilhabe an Arbeit und für die Betroffenen fördern, begrüßen wir ausdrücklich.**

Warum engagieren wir uns derart umfangreich? – **Die Betroffenen mit seelischen Belastungen sind unsere Angehörigen – sie liegen uns am Herzen, sind ein Teil von uns – und ein (empfindsamer) Teil der Gesellschaft und jedermanns Mitmensch! Wir brauchen sie, wir können auf Keinen verzichten!** (Siehe auch S. 12)



Notlagen, Defizite und Möglichkeiten der Abhilfe: Hier versuchen wir möglichst kompakt, für uns wesentliche Defizite und die **begründeten Ziel-Vorstellungen** aus der **Sicht der Angehörigen (engagierte Laien)** vorzustellen:

	Erlebte defizitäre Verhältnisse:	Ziel-Vorstellungen:	Warum:
1	<p>Verwahrlosung, Notlagen. Kranke in akuten psychiatrischen Krisen mit Gefährdungspotential können keine Hilfe rufen und finden in den wenigsten Regionen Deutschlands nachhaltig aufsuchende Hilfen. Es kursieren Argumente, es gäbe das „Recht auf Verwahrlosung, Verrücktheit, Krankheit, ...“. Aus zynisch wirkendem Respekt vor der Autonomie eines psychisch kranken Menschen wird zu oft notwendige Hilfeleistung unterlassen. Betroffene melden sich beim Arbeitgeber nicht krank, öffnen ihre Post nicht, ... sie verlieren so früher oder später ihre Gesundheit, sozialen Bindungen, Arbeitsplatz und Wohnung. Gestörtes Selbstwertgefühl belastet zusätzlich. Einseitige Autonomie-Rechte verschärfen die Probleme für die Betroffenen.</p>	<p>Aufsuchende Hilfen durch „hilfreiche Belagerung“. Akute psychiatrische Krisen-Situationen bedürfen einer schnell verfügbaren aufsuchenden Hilfeleistung (24/7 verfügbarer Krisendienst - multiprofessionelle Teams) mit dem wiederholten Versuch, Linderung, Sicherheit und Wiederherstellung von gesunder Autonomie zu schaffen. Aufsuchende Behandlung (Home Treatment) durch multiprofessionelle Teams unter regelmäßiger Einbeziehung von Ex-In / Erfahrungs-Experten. <u>Inbesondere fehlen aufsuchende Dienste für:</u> - Menschen in akuten Not- und Krisensituationen, z.B. in akuter suizidaler Krise, - Ersterkrankte, die ihre Hilfsbedürftigkeit nicht erkennen, - Menschen, die trotz langfristiger schwerer Erkrankung keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben, - psychisch kranke Obdachlose</p>	<p>Unterlassene Hilfeleistung bei akuter Gefahr ist ein Straftatbestand! „Recht auf Verwahrlosung, ... bei Gefahr -Argumente“ sind Totschlag-Argumente zur zynischen Rechtfertigung unterlassener Hilfeleistung im akuten Notfall. - Die „Zumutung durch die schwere Erkrankung“ wird zur Zumutung für die Sicherheit und Gesundheit des Betroffenen. Dieser Umstand kann in Notfällen die Zumutung einer aufgedrängten fachlichen Hilfeleistung nötig machen. (*) In akuten psychischen Krisen besteht in der Regel ein krankheitsbedingt reduziertes oder überhöhtes Selbstwertgefühl, massiv überhöhtes eigenes Schuldbewusstsein und/ oder verdunkelte Selbstbewertung, was dem Hilfesuchen im Wege steht. - Forderung: Ambulant vor stationär – unter Berücksichtigung der häuslichen Situation, wozu auch die Beziehungs-Kontinuität der Therapeuten zählt. Siehe Aufruf des LAPK Hamburg: www.lapk-hamburg.de/index.php/aufruf-aufsuchende-behandlung-staerken</p>
2	<p>Nicht ausreichendes Entlass-Management - zu häufige Entlassung ins Therapie-Loch, Therapie-Abbruch ist dadurch fast die Regel. Den Patienten drohen erhebliche Risiken an Gesundheit, Vermögen und Wohnungsverlust.</p>	<p>Ausreichend lange stationäre bzw. ambulante Therapien, zuverlässiges Entlass-Management und begleitete Vermittlung in ambulante Therapien. – Sektor-übergreifende Therapie, Kooperation mit SPDIs und Ermöglichung von medizinischen Reha-Maßnahmen.</p>	<p>Ohne begleiteten Übergang und Regelung ambulanter Therapie-Termine fällt ein Therapie-Anschluss meist aus. Besonderes Problem: Menschen aus der Obdachlosen-Situation können aus Mangel an Wohnraum nicht adäquat versorgt werden, nicht selten steht auch der Wille des Betroffenen im Wege.</p>
3	<p>In S3-Leitlinien empfohlene psychotherapeutische Maßnahmen werden durch Unterfinanzierung vorenthalten. Folge: zunehmender Autonomieverlust mit nachfolgender Exklusion wegen unnötiger Chronifizierung.</p>	<p>Bessere Finanzierung für bedürfnisangepasste Behandlung. – Unterstützung der Patientenselbsthilfe, für (mit-) betreuende Angehörige/ das soziale Umfeld. Gespräche zur Koordination der Unterstützung. Therapie zur Stärkung des Selbstwertes einführen.</p>	<p>Ende der Spar-Psychiatrie, die aus unserer Sicht (s. o.) Chronifizierung, Benachteiligungen und gesundheitliche Belastung fördert. – Beispiel Marburg: Von Emotionsfokussierter kognitiver Verhaltenstherapie bei Menschen mit Psychosen (CBT-E) könnten Betroffene besonders profitieren.</p>
3a	<p>Alleinige Pharmakotherapie löst mentale Probleme kaum. Niedergelassene Psychotherapeuten bieten auch wegen vermutetem (unbezahlten) Stundenausfall selten Therapien an. Psychose-Patienten „genießen“ den Ruf, öfters nicht zum Termin erschienen.</p>	<p>Belastende Gedankenmuster und unrealistische Vorstellungen bedürfen einer psychotherapeutischen Behandlung. Für psychiatrische Institutsambulanzen oder Tageskliniken fordern wir pauschal finanzierte Psychologen, denen Ausfälle finanziell ausgeglichen werden.</p>	<p>Psychotherapie für Psychosen besonders fördern: In psychiatrischer in Institutsambulanz als Regelleistung ermöglichen. Mit Vorschrift, mind. 75 % Psychose-Patienten und pauschaler Abgeltung zur Finanzierung ausgefallener Stunden. Diese Finanzierungs-Regel könnte auch niedergelassenen Therapeuten helfen.</p>



<p>4 Zu knappe Personal-Ausstattung erzeugt unbefriedigende Behandlungs-Qualität (zu wenig Beziehungs-Arbeit – zu viele Medikamente). Unterbesetzte psychiatrische Pflege ist direkt für vermeidbare und hochbelastende Fixierungs-Vorgänge verantwortlich (Dr. Zinkler).</p>	<p>Personal-Mindestanforderungen des G-BA ab 2020 muss den erhöhten Anforderungen gerecht werden. Ergänzende ambulante Akutbehandlung zu Hause bei geeigneten Patienten erspart die oft anstrengend empfundene Klinik-Atmosphäre und kann Zwangsmaßnahmen vermeiden helfen.</p>	<p>Psych-PV aus den 1990er Jahren ist absolut überholt und schnürt die Leistungsfähigkeit auf Kosten der Patienten ein. Heute sind kurze Liegezeiten und deutlich höhere Fallzahlen zu bewältigen. Bessere Arbeitsbedingungen wirken attraktiver und können damit dem Personalmangel abhelfen.</p>
<p>5 Angehörige werden in Kliniken, Wohnheimen und im ambulanten Hilfe-System zu oft außen vorgelassen. Dabei erbringen sie umfangreiche Unterstützungsleistungen. - Unsere Leistungen werden trotzdem vorausgesetzt / erwartet, was wir als asymmetrisch empfinden. Abgewiesene und unzufriedene Angehörige werden selten Lob für die psychiatrischen Einrichtungen ausdrücken und fehlen als Krisenbeistand.</p>	<p>Einbeziehung der Angehörigen - nicht nur zu umfangreichen Unterstützungsleistungen, sondern auch zur Mitsprache bei relevanten Themen (außerhalb medizinischer Therapie). (1) Einbeziehung der Angehörigen gehört zu jeder erfolversprechenden Therapie. - Bei der Feststellung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen sollten Personen aus dem Kreis der Angehörigen, des sozialen Umfelds, der behandelnde Haus- oder Facharzt verbindlich einbezogen werden.</p>	<p>Es ist immer neu abzuwägen: Geht es in psychiatrischen Einrichtungen bei akuter Gefahr für eine psych. schwer kranke Person um Fixierung oder Zwangsmaßnahmen, wird die Autonomie trotz konkreter Ablehnung durch die Betroffenen als krankhaft und außerhalb vernünftiger Überlegungen unterstellt. – Wenn ein psychiatrischer Patient dagegen die Einbeziehung Angehöriger ablehnt, wird sein Wille ohne Widerspruch vom Fach-Personal akzeptiert. – An dieser Stelle wünschen wir uns, auch die belasteten familiären Beziehungen mit zu bedenken.</p>
<p>6 Mangel an fam. Beziehungs-Stärkung: Während akuter Krisenzeiten werden innerfamiliäre Beziehungen in der Regel auf eine harte und lang andauernde Probe gestellt. Bei chronischen psychischen Erkrankungen leiden auch die Beziehungen. Zu schnell blockieren Emotionen den kommunikativen Fortschritt. Beziehungen werden empfindlich gestört, können als zu belastend empfunden werden, verflachen und brechen zu oft zu Lasten aller ab.</p>	<p>„Psychiatrie ist Beziehungsarbeit“ sagt Prof. Dr. Arno Deister, Präsidenten der DGPPN (Angehörigen-Tagung am 07.02.2018 in Mainz). Verbesserung belasteter Beziehungen würde allen familiär Beteiligten immens weiterhelfen. Ohne therapeutisch-moderierende Begleitung kommt es zwischen dem Betroffenen und dessen familiären Umfeld nur sehr schwer zu beziehungsklärenden Gesprächen, um beschämende und belastende krankheitsbedingte Ereignisse aufzuarbeiten.</p>	<p>„Der Patient als Experte seiner eigenen Erkrankung soll im gleichberechtigten Dialog mit Angehörigen und Professionellen durch individuelle Krankheitskonzepte mit Selbstwirksamkeitserfahrung zu Krankheits-Akzeptanz und -Bewältigung finden (2).“ - (<i>Dissertation von Sophie Anne Jeschke, S. 4</i>) Die Möglichkeiten des Open Dialogue / Netzwerkgespräche (www.offener-dialog.de) als systemische Therapieform zu nutzen. Systemische Gespräche bringen Trennendes und Missverständliches klärend und entlastend zur Sprache.</p>
<p>7 O-Ton einer Angehörigen: Einen Herzpatienten würde man nach erfolgter Op niemals ohne Reha entlassen. Einen psychisch oder abhängig kranken Obdachlosen setzt man - trotz gesetzlicher Betreuung - auf die Straße: - ohne verbindliches Hilfsangebot, - ohne Begleitung, - ohne Perspektive - in Endlosschleife!</p>	<p>Zur Erinnerung: Wohnungslose Menschen zählen auch zu den Mitbürgern im Staat. Wie leicht rutscht einer durch die Maschen des Sozialsystems. Ist wirksame Hilfeleistung wirklich unmöglich? Zu behebbende Mängel erkennen z. B. wir bei: - keine Krankenversicherung - wenig effektive Gesundheitsversorgung - kein Wohnraum, bestenfalls Notunterkunft, - Hilfe für Kompetenz-Erwerb für autonomes Leben, ...</p>	<p>Obdachlosigkeit ist kein Naturgesetz! Der Umgang einer Gesellschaft mit ihren Schwächsten stellt den Indikator für mitmenschliches Handeln dar. Und ohne die kräftezehrende Hilfe der Angehörigen kommt ein psychisch Kranker aus der Obdachlosigkeit gar nicht mehr heraus: keine Wohnung - kein Kostenträger - keine Wohnung.</p>



8	„Natürliche“ Kommunikationsmuster in Stress-Situationen sorgen schnell für kommunikationsverhindernde „Erstarrungs- und Flucht-Reflexe“	Üben und anwenden der bedürfnis-orientierten Kommunikation (nach GfK)	Einbeziehung von Angehörigen in solche kommunikations-fördernde Schulung , in der die Bedürfnisse des Gegenübers stärker in den Blick genommen werden.
9	Einbeziehung der vergessenen Gruppe der Geschwister : Die „versorgungspolitische“ Bedeutung der Mitgeschwister selbst und damit der Bemühungen um diese bisher übersehene Gruppe liegt auf der Hand: Mitgeschwister haben wichtige Funktionen; die Eltern werden alt und sind irgendwann nicht mehr in der Lage, (...) Wahrnehmung ihrer Angehörigenrolle die Betreuung und Behandlung ihres erkrankten Kindes zu begleiten sowie um das Erleben sozialer Nähe zu ergänzen.	Mitgeschwister sollen diese Leerstelle zumindest zum Teil ausfüllen. Familien stellen / stemmen den größten Teil der psychiatrischen Pflege.	Dies ist umso bedeutsamer, als neueste Forschungen den präventiven und gesundheitsförderlichen Einfluss von guten Geschwisterbeziehungen bei psychisch Erkrankten nachgewiesen haben. <i>(Prof. em. Dr. Reinhard Peukert, 2018)</i>
10	Wir vermissen stabilisierend wirkende ergänzende Therapie mit Mikro-Nährstoffen .	Psychische Erkrankungen anders behandeln - Gezielte Therapie mit Mikronährstoffen – natürlich und nebenwirkungsfrei nach William J. Walsh. Buch-Tipp: https://www.vakverlag.de/31181-psychische-erkrankungen-anders-behandeln.html	Neue Erkenntnisse im Bereich der chemisch-physischen Gehirnforschung zeigen, dass die alleinige Behandlung von psychischen Erkrankungen mit Psychopharmaka nicht mehr dem Stand entspricht. Als wirksamer und besser verkraftbar erweisen sich ergänzende Behandlungsformen mit Mikro-nährstoffen. (Aus Verlags-Rezension - geändert)
11	Psychose-Erzeugende körperliche Erkrankungen sollten besser verfolgt werden, z.B.: Störungen des zentralen Nervensystems, bösartige Neubildungen, sowie Stoffwechsel- oder Durchblutungsstörungen	Regelmäßige Ursachen-Suche, besonders bei Patienten , die von keinen Therapien profitieren .	Alles Denkbare sollte zusätzlich in Betracht gezogen werden: - Ex-In als Genesungsbegleiter - Prüfung auf Mangelzustände von Mikro-Nährstoffen und Substituierung
12	Gelebter Anachronismus durch Vorenthaltung von Gesprächs-Therapien , Einbindung von Angehörigen und Beistand von Genesungsbegleitern: Immer noch zu großer Autonomie- und Teilhabe-Verlust durch Chronifizierung . Zu viele Menschen brauchen wegen ihrer chronifizierungsbedingten Funktions-Einschränkungen einen gesetzlichen Betreuer .	Bessere Bedingungen für bedürfnisangepasste Behandlung. Stichworte: Empowerment, Hometreatment, aufsuchende Behandlung, Netzwerkgespräche, nahtlose Anschluss-Reha, Einbeziehung der Angehörigen und sozialem Umfeld. Für psychiatrische Wohnheime und Pflege-Einrichtungen fordern wir eine standardisierte Qualifikation der Begleit-Personen.	Im Verlauf von Therapien und Wohn-Begleitung erleben die Betroffenen regelmäßig widersprüchliche Anforderungen : Einerseits wird vom Patienten Unterordnung in den Ablauf der Einrichtung, andererseits Autonomie und Selbstbestimmung verlangt. „ Was soll ich tun? “, werden wir von unseren betroffenen Angehörigen gefragt! Unsicherheit steht einer Selbstbestimmung im Wege.
13	In Krisen und bei Vereinsamung hilft Kontakt mit Tieren.	Einsatz von Therapie-Hunden , ... wirkt stärkend auf die Patienten. Tiere wirken durch vorbehaltlose Kontaktaufnahme .	Tiere wirken als Motivatoren zur Kontaktaufnahme



<p>14 Psychiatrie-Erfahrene stehen als Ex-In-Kräfte zum Einsatz als Genesungsbegleiter zur Verfügung. Diese Kapazitäten werden in zu geringem Maße abgerufen und liegen zu Lasten der Betroffenen und der Gesellschaft brach. Kein Einkommen zu haben, bedeutet Abhängigkeit von gesellschaftlichen Leistungen. Zu wenigen psychisch Kranken wird der Weg zum ersten Arbeitsmarkt eröffnet.</p>	<p>Teilgabe am Erwerbsleben für Personen mit Ex-In-Ausbildung oder ähnlicher Qualifikation. Besonders bei Ersterkrankten: Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung als Genesungsbegleiter einsetzen. Bessere Ermöglichung von Erwerbs-Arbeit. Teilhabe benachteiligter Gruppen benötigt Teilgabe. Abbau von Barrieren zur Aufnahme bezahlter Arbeit.</p>	<p>Eine Tätigkeit als tariflich bezahlter Genesungsbegleiter in multiprofessionellen Teams vermittelt durch gelebtes Beispiel bei Neuerkrankten und deren Angehörigen die Sicherheit, auch wieder stabilisiert werden zu können. Bessere Chancen für Autonomie und wirtschaftliche Unabhängigkeit und inklusives Leben. Prof. Dr. med. Arno Deister, Präsident der DGPPN: „Wirksamer als Medikamente ist es für einen Menschen, eine Aufgabe zu haben.“</p>
<p>14 Peer-Begleitung für Angehörige ist a kaum vorhanden, lediglich Treffen in SH-Gruppen, die an Überalterung der Engagierten leiden.</p>	<p>Organisation von Peer-Begleitung von Angehörigen für Angehörige. Bedarf besteht vermutlich zuerst bei Neuerkrankungen und Fällen von Therapie-Verweigerung.</p>	<p>Ein Austausch zwischen Betroffenen in der SH-Arbeit fördert Stabilisierung. Selbsthilfe-Arbeit könnte bei aktiver Förderung wirksamer sein und ein besserer Stabilisierungsfaktor im psychiatrischen System darstellen.</p>
<p>15 Unregelmäßige Kontrolle der Labor-Werte zur Absicherung der medikamentösen Therapie. Mit-Versorgung somatischer Erkrankungen. Begleitende körperliche Erkrankungen bleiben zu lange unversorgt. - Betroffenen fehlt oft die Möglichkeit (kein ÖPNV) oder mangelnder Antrieb zum Arztbesuch.</p>	<p>Regelmäßige Gesundheitsprüfungen und Diagnostik begleitender somatischer Erkrankungen müssen zur Regel werden. Regelmäßige zahnmedizinische Kontrollen.</p>	<p>Laufende Kontrollen der Labor-Werte zur Absicherung der medikamentösen NL-Therapie ist permanent einzuhalten. Siehe: Medizinreport (Ärzteblatt, Dez. 2017): Psychopharmaka, unerwartete Nebenwirkungen, (...) zahnmedizinisch relevante Nebenwirkungen unter Psychopharmakotherapie (...)</p>
<p>16 Patienten und deren Familien klagen über Zwangsmaßnahmen. Diese untergraben bei den Betroffenen das Vertrauen zur Hilfe-Einrichtung und damit den Therapie-Erfolg. Langes bewegungsloses Liegen bei Fixierung verursacht z. B. Muskelverlust mit nachfolgenden Bewegungs-Einschränkungen. Therapien sind bei Freiwilligkeit erfolgreicher, deshalb: Zwangs-Medikamentierung dürfte es nicht geben. Zwangsmaßnahmen werden vom Patienten als demütigend, erniedrigend, kränkend wahrgenommen! – Ohne empathische Nachgespräche können diese Maßnahmen traumatisierend wirken, wir bezeichnen das als Kunstfehler.</p>	<p>Einsatz von Verfahrenspflegern nach dem Modell „Werdenfelser Weg“. Hierdurch kann durch Anwendung von alternativen Methoden die Zahl der Zwangs-Maßnahmen erheblich vermindert werden. Und/oder: Dr. Martin Zinkler schrieb im Jan 2018 in seiner Stellungnahme vor dem BVG: (...) Wir könnten auf Fixierungen sogar völlig verzichten, wie es in England üblich ist, wenn wir zusätzliche Vollzeitstellen in der Krankenpflege hätten das, wäre ein Personalzuwachs von 30% in der Pflege und würde die stationäre Behandlung um 10% teurer machen. Wie geht das: wir hätten damit die personellen Ressourcen um die Leute solange festzuhalten, bzw. 2:1 oder 3:1 Betreuungen durchzuführen, bis sie nicht mehr gefährdet sind.</p>	<p>„Der Werdenfelser Weg ist ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des geltenden Betreuungsrechts, der (...) im Landkreis Garmisch-Partenkirchen entwickelt worden ist. Spezialisierte Verfahrenspfleger mit pflegfachlichem Grundwissen für das gerichtliche Genehmigungsverfahren von Fixierungen werden fachlich fortgebildet, so dass sie über eine Kombination von pflegfachlichem Wissen über Vermeidungsstrategien und gehobenem juristischen Informationsstand über die rechtlichen Kriterien zu diesem Thema verfügen.“ http://werdenfelser-weg-original.de/ Rechtzeitige und qualitativ hochwertige ausreichend finanzierte Therapie ist Prävention, sie kann vor erheblichen langfristigen und damit vermeidbaren (teuren) Schäden schützen.</p>



<p>17 Zersplitterung der Hilfesysteme mit überschneidenden Zuständigkeiten. Zerklüftetes Hilfesystem schafft für Betroffene und deren Familien einen schwer zu verstehenden Dschungel. - Siehe DGPPN-Forderung nach vernetzter Versorgung vom 09.05.2018</p>	<p>Schaffung von regionalen Budgets, ähnlich, wie es am Beispiel des Geesthachter Modells praktiziert wird. Multiprofessionelle Teams unter Einbeziehung von Erfahrungs-Experten sind unser Ziel. Durch Krise verängstigten Angehörigen könnte durch erfahrene Angehörige als Peer to Peer-Kräfte direkter Beistand geleistet werden.</p>	<p>Die Entscheidung der Kliniken für eine ergänzende ambulante stationsäquivalente Behandlung für geeignete Patienten könnte leichter fallen. Aufhebung der Sektoren, Regional-, bzw. Global-Budgets sollten den überbordenden Dokumentationsaufwand in den psychiatrischen Einrichtungen verringern helfen.</p>
<p>18 Verbale Gewaltandrohung in akuten Krisen: während akuter psychotischer Krisen kommt es mitunter aus Realitätsverkennung zu spontaner verbaler – meist folgenloser - Gewalt-Androhung. Berichte darüber werden ungeprüft übernommen und verbleiben Schicksal entscheidend in verschiedenen Akten. Menschen mit psychischer Erkrankung sind einfach krank und dürfen nicht in die Nähe Krimineller gerückt werden. Sie selbst sind durch ihre Erkrankung gefährdet. In jeder psychotischen Krise besteht potentiell Lebensgefahr.</p>	<p>Wenn diese in den Kranken-Akten Niederschlag finden, sollten diese für den Patienten sehr belastenden Eintragungen nach 5 Jahren ohne weitere Vorkommnisse aus den Akten gelöscht werden. **** Wir wehren uns auch dagegen, unsere betroffenen Angehörigen als potentiell gewalttätiger darzustellen, als es der Durchschnitt der Bevölkerung darstellt. Das Gegenteil stimmt: sie tragen eher das Risiko einer erhöhten Selbstgefährdung und verkürzter Lebenszeit. Siehe: www.seelischegesundheits.net ****</p>	<p>Die Betroffenen werden meist ohne Ermittlungsverfahren zu „Beschuldigten“, zu Stigmatisierten! Diese belastenden Akten liegen in einer Vielzahl von Ämtern und Einrichtungen: im Amtsgericht, Polizei, Kliniken, gesetzlichem Betreuer, Wohn-Einrichtungen ... und wirken stigmatisierend auf den Betroffenen. Diese Einträge basieren überwiegend auf ungeprüften Berichten ohne Beweisaufnahme. Wir fordern für unsere betroffenen Angehörigen eine gesetzliche Regelung, dass diese stigmatisierenden Einträge nach angemessener Zeit von ca. 5 Jahren verpflichtend „vergessen“ werden müssen.</p>
<p>19 Seit dem neuen Pflegegesetz kann Pflegegrad aufgrund psychischer Erkrankung beantragt werden. bisherige Hilfen (Wiedereingliederungshilfen, wie Haushalts-u.a.) müssen nun über die Pflegekasse geleistet / abgerechnet werden. Probleme: A.: Leistungsanbieter fehlen (z.B. ambulante psychiatrische Pflege-/Hauswirtschaftsdienste); B.: Gefahr des „Abschiebens in Pflege“ vor Therapie/Reha/Wiedereingliederung</p>	<p>Zu A.: flächendeckende Bereitstellung von ambulant psychiatrischer Pflege (-dienste), z.B.: www.vitos-kurhessen.de/fileadmin/user_upload/TG-Kurhessen/PDF_Dateien/Klinikum/Vitos-APP-Kurhessen-Ansicht.pdf oder spezif. Hauswirtschafts-dienste, wie z.B.: http://h-team-ev.de/ambulante-hilfe/ambulantes-wohntaining/ Zu B: Bereitstellung aller in S3-Leitlinien empfohlener Therapien vor Pflege</p>	<p>Zu A.: Pflege, wenn notwendig, sollte von psychiatrisch qualifizierten Pflegekräften/Diensten erbracht werden. Zu B.: Vermeidung von Chronifizierung, deshalb immer: - Therapie vor Pflege, - Wiedereingliederung vor Pflege!!</p>
<p>20 Autonomie- und Haushalts-Kompetenzen während des Klinik-Aufenthaltes pflegen.</p>	<p>Kochen, Einkaufen und Wäschepflege sollten bei auch während klinischen Therapien möglich sein.</p>	<p>Autonomie sollte gepflegt werden.</p>
<p>21 Kein politisches Wahlrecht für Menschen, die unter gesetzlicher Betreuung „mit allen Aufgabenbereichen“ stehen. Der Entzug des Wahlrechtes wirkt erniedrigend und ist mit den Werten einer demokratischen Zivilgesellschaft nicht vereinbar.</p>	<p>Wir fordern politisches Wahlrecht für diese Gruppe der Menschen, die einen gesetzlichen Betreuer an der Seite haben.</p>	<p>Politisches Wahlrecht ist ein unveräußerbares Bürgerrecht. Es darf nicht an aufwändigen Wählerlisten scheitern. - Es wirkt willkürlich und entmündigend, diesem Personenkreis das politische Wahlrecht zu entziehen. Im aktuellen Koalitionsvertrag (Bund) wird Abhilfe versprochen.</p>



<p>22 Psychiatrische und forensische Kliniken und psychiatrische Wohnheime existieren als weitgehend intransparente Monopol-Einrichtungen, die aus unserer Sicht zur Verunsicherung Allgemeinheit können. Risiko kann bei autoritärer Entwicklung wie in Ost-Europa relevant werden.</p>	<p>Besuchskommissionen sind bereits mit ehrenamtlichen Personen eingesetzt. Die Voranmeldungs-Pflicht schwächt die Kontroll-Funktion deutlich ab. Patienten müssen über die Funktion der Kommission regelhaft informiert sein, damit sie bei überraschendem Besuch auf eine Auskunft-Gabe vorbereitet sind.</p>	<p>Demokratische Kontrolle durch unangemeldete Besuchskommissionen: Ängste schürende Gruppen könnten die intransparente Situation der Psychiatrie (Black-Box) in sozialen Medien missbrauchen und mit schweren Konsequenzen in erheblichen Misskredit bringen.</p>
<p>23 Angelegenheiten des Maßregelvollzugs (MRV) werden zwischen Ministerium und den Kliniken abseits der Öffentlichkeit verhandelt.</p>	<p>Einführung eines Landespsychiatriebeirates für Maßregelvollzug</p>	<p>Mehr Transparenz und Mitsprache durch Angehörigen- und Betroffenen-Verbände halten wir für nötig.</p>

(*) **Zitat:** „Aus Respekt vor der Autonomie eines psychisch kranken Menschen wird zu oft notwendige Hilfeleistung unterlassen.“ - Wir beziehen uns auf einen Betrag von **Dr. Hans Jochim Meyer** (LApK Hamburg, Nov., 2017): Frau **Dr. Christiane Pohl**, Inhaberin einer **philosophischen Beratungspraxis**, hat das Spannungsfeld Respektierung der Autonomie- unterlassene Hilfeleistung aus philosophischer Sicht beleuchtet. Sie griff auf **Kant, Hegel und Aristoteles** zurück und kam zu folgenden Aussagen, die er hier verkürzt zusammenfasste: Nach **Kant** ist die Menschenwürde dadurch bedingt, dass der Mensch in der Lage ist, autonom zu handeln. Autonomes Handeln ist uns möglich durch den Gebrauch unserer Vernunft. Dies aber setzt einen freien Willen voraus. Es kann hiernach keine Autonomie geben ohne die grundsätzliche Fähigkeit, über seinen Willen frei zu verfügen. Daraus folgt als **Kernaussage:** Weil die Würde des Menschen (u. a. - Anmerkung) auf der Autonomie ruht, sind wir ethisch verpflichtet, eine verloren gegangene Autonomiefähigkeit wiederherzustellen. - Also eben einen schwerkranken Menschen, der außerstande ist, Selbstfürsorge zu betreiben, nicht sich selbst zu überlassen. (Dr. med. Hans-Jochim Meyer, Angehörige Hamburg)

Ergänzend / zusammenfassend zählen wir hier unsere Hilfe-Wünsche auf. Wie leicht ließe sich eine Checkliste zur Krisenbegleitung zusammenstellen, der einfach zu abzufragen und abzuarbeiten wäre:

- besonders bei **Neu-Erkrankten**, aber auch **für alle anderen**: besonders in dieser Phase zusätzliche Einbeziehung in Form von z. B. **Netzwerkgesprächen, verhaltenstherapeutischer Maßnahmen und Sozio- und systemische Therapien**, bei möglichst geringer (bedarfsgerechter und verhandelter) medikamentöser Unterstützung, wieder für den Alltag ertüchtigen, Kompetenzen neu entwickeln, **Autonomie stärken**,
- **Wiedereingliederung in den Arbeitsplatz** anstreben („**Arbeit der wichtigste Normalisierungs-Beschleuniger**“ (Heißler, Geesthacht, 2014), nach Neigung und Eignung (www.Personenzentrierte-Hilfen.de), – gesetzliche Möglichkeiten aus dem schwerbehindertenrecht ausschöpfen – bzw.: je nach Lage: Platz in **WfbM** oder **Ehrenamt** zur Tagesstruktur besorgen und anfänglich begleiten (Hunde beim Tierschutz-Verein ausführen, Begleitung einsamer Menschen im Altenheim, Chor-Singen, ...), zu Hobbys motivieren, kurz: einen Platz im Sozialraum finden ... **Ehrenämter bieten Chancen zur Selbstverwirklichung.**
- **Finanzen klären, Renten und Versicherungs-Ansprüche** regeln, Angehörige von finanziellen Lasten befreien, die z.B. Miete und Lebensunterhalt für den Betroffenen zahlen, um **Wohnungsverlust vorzubeugen** - Stärkung der Selbsthilfe durch erfahrene Laien (Experten aus Erfahrung),
- Sozio-Therapie, ambulantes Wohntraining, siehe: <http://h-team-ev.de/ambulante-hilfe/ambulantes-wohntaining/>
- **Vermieter u. Nachbarn** bei Bedarf kontaktieren, um die Wohnung des Betroffenen bei / nach Krisen zu sichern,
- **Kinder-Betreuung** und Haushaltshilfe regeln, **Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern** sowie für **Geschwister** psychisch kranker Menschen
- **Niedrigschwellig Zugänglichkeit, Vernetzung der Hilfesysteme und Aufhebung der Sektorisierung.** Wir begrüßen die **Forderung der DGPPN an den Gesetzgeber: „Starke psychische Gesundheit durch gut vernetzte Versorgung“** zur **Schaffung von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten**, auch durch **Aufhebung der Sektorengrenzen und Schaffung von globalen Budgets (Itzehohe)**. (09.05.2018). Siehe auch Pos. 17.

- **Netzwerk** (soziales Umfeld, Freunde, Geschwister, Eltern, Nachbarn) mit und um den Betroffenen schaffen,
- Defekte Haushaltsgeräte oder Kleidungsstücke erkennen und für Ersatz oder Reparatur sorgen,
- **Aufsuchende Behandlung:** besonders abends und am Wochenende verfügbaren **Krisendienst als multiprofessionelles Team unter Einbeziehung von Erfahrungs-Experten (Ex-In)**,
- mehr öffentlich geförderter Wohnraum, auch für psychisch Kranke (ambulante Betreuung, wenn nötig),
- für **schwerer Erkrankte und alte Menschen (65 +): Wohnortnahe Kleinheime mit psychiatrisch kompetenter Betreuung** und Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten, auch während des **Urlaubs** oder **einer Krankheit der betreuenden Angehörigen**. Vorbild: Kurzzeitpflege in Altenheimen,
- **Treffpunkte/ Patientenselbsthilfe** (Patientencafés, Nachtcafés, Hobbyclubs) sollen als niederschwellige Selbsthilfe-Einrichtungen **vor Vereinsamung schützen** und **bedürfen der öffentlichen Förderung**.
- **Inkontinenz** belastet viele psychiatrische Patienten. **Beckenboden- oder Trampolin-Training** sind anerkannte Maßnahmen zur Abhilfe. Diese Schulungen können **leicht integriert werden** – wird **dringend benötigt**.
- **Übergewicht** mit allen Begleit-Erkrankungen ist bei psychiatrische Patienten weit verbreitet. Das Problem sollte durch spezielle „**Ernährungsberatung bei Psychosen**“, ... therapeutisch begleitet werden.
- **Religiöse Äußerungen eines Patienten dürfen kein Anlass für höhere NL-Dosierungen sein**. Religiöse Überzeugungen können eine wichtige Ressource sein und haben ihre gesetzlich verankerte Berechtigung. **Größen- oder Wahn-Vorstellungen** wollen wir mit dieser Aussage aber ausdrücklich ausschließen.
- Organisation der **verpflichtenden sektorübergreifenden Zusammenarbeit** aller vor Ort tätigen Akteure in dem Bereich Psychiatrie (Im Sinne eines GPV, mit ambulanter Versorgungsverpflichtung, siehe: www.bag-gpv.de/)
- **Begleitende Angehörige, Geschwister und Freunde brauchen beratende Hilfen**, (auch für die eigene Gesundheit) **Peer-Begleitung** und **materielle und mentale Unterstützung** und Orientierung, auch zur Stärkung des Lebensmutes und der Haltung.
- Zitat: „Stärkung der begleitenden Angehörigen“ (**Hess. PsychKHG**, erster Teil, §4, Abs. 5). Die Schiefelage hält an: **Unterstützung: ja, Mitsprache: nein. Rücksicht auf Patientenwillen ohne Achtung der Angehörigen-Sicht leistet keinen Beitrag zu den häufig geäußerten Vorwürfen der Betroffenen, dass die Angehörigen z. B. an der psychischen Erkrankung schuldig seien**. Dadurch lassen sich viele Angehörige ein schlechtes Gewissen machen und sozusagen „gefangen nehmen“. Nachdem Generationen von Angehörigen dadurch depressiv wurden oder das Weite gesucht haben, bedarf diese Rechtslage dringender Anpassung an die **Bedürfnisse beider Seiten. Angehörigen-Beteiligung bringt Wachstums-Möglichkeiten für alle Beteiligte**.

Wir fordern Hilfen für Betroffene, die aus hoch-belastenden Therapieformen früherer Jahrzehnte durch

- zu hohen NL-Dosierungen und ungeeignete Mehrfach-Therapien,
- fehlende Beziehungs-Therapie früherer Jahre,
- durch frühere sprachlose Therapie-Formen und routinemäßiger Fixierung gedemütigt und traumatisiert,

zusätzlichen Schaden an ihrer Gesundheit genommen haben. Sie brauchen Hilfe, von den hohen Dosierungen herunterzukommen. - Das geht nicht nur die Betroffenen und uns Angehörige an - wir mahnen hiermit persönliche, gesellschaftliche und politische (Mit-) Verantwortung an!

Die Betroffenen tragen die Haupt-Last! Trotz manchem Erfolg: zu viele durch Krankheit verschüttete Schicksale, entgangene Lebens-Chancen, lebenslange Abhängigkeit von beeinträchtigenden und lebensverkürzenden Medikamenten, deren Seelen-Pain, Frustration und Traumatisierung durch **Ohnmachts-Erfahrungen**, deren **teilhabe-fernes Leben**, zu oft in **Einrichtungen** oder **Wohnungen in Randlagen** und **ohne ÖPNV-Anschluss, ohne Beruf** und **ohne eigene Familie**, ...? Deshalb wünschen wir für unsere betroffenen Familienmitglieder mehr beziehungs-orientierte Therapien unter Berücksichtigung der Biographie der betroffenen Person. Die **Verbesserung deren Lebens-Situation** ist das **alleinige Ziel**.

Klinische Psychiatrie braucht auch moderne Gebäude: Situationen, wie die **hoffnungslos veraltete** und für einen **guten Therapie-Erfolg ungeeignete Bau-Substanz**, wie sie z.B. in Frankfurt-Süd und sicher auch an anderen Orten zu besichtigen ist, sind unhaltbar.



Klinische Psychiatrie braucht auch moderne Gebäude: Situationen, wie die **hoffnungslos veraltete** und für einen **guten Therapie-Erfolg ungeeignete Bausubstanz**, wie sie z.B. in Frankfurt (Main)-Süd und sicher auch an anderen Orten zu besichtigen sind, empfinden wir als unhaltbar.

Weitere Fragen bewegen uns:

Ist es wirklich so, dass klinische Psychiatrie-Abteilungen Überschüsse zur Quer-Subventionierung somatischer Abteilungen abliefern müssen? Diese Frage bereitet uns erhebliche **Sorgen - sind** unsere betroffenen Angehörigen könnten dadurch **Patienten 2. oder 3. Wahl?** Wie können die Patienten in der Situation sicher sein, dass sie **notwendige medizinische Leistungen zukommen?** Wenn es stimmt, geschieht zu **Lasten ihrer Gesundheit** und ihrer **Lebens-Perspektiven**. Das klinische Finanzierungssystem erscheint uns verbesserungswürdig, wenn Behandler am Ausschöpfen von bewährten Therapie-Methoden aus Budget-Gründen gehindert sind.

Was wird zur Stärkung des ländlichen Raums getan? Der schmerzhaft festzustellenden **ambulanten psychiatrischen Unterversorgung** muss **entgegengewirkt werden**. **Niedergelassene psychiatrische Arztpraxen** müssen durch eine **Finanzierung mit geeigneten Anreizen** gestärkt und die **ambulante Versorgung gesichert** werden.

Mit großer Sorge sehen wir, dass **einigen psychiatrischen Patienten, die alle Therapie-Angebote umgehen, denen kaum geholfen werden kann** und die oft in chronisch prekären Lebensumständen leben.

40 Jahre Psychiatrie-Enquête und viele engagierte Menschen haben zweifellos viel Fortschrittliches bewirkt. Wir brauchen mutige Entscheider auf vielen Ebenen, welche die letzten gesetzten Ziele durch geeignete Strukturen in die Realität umsetzen: weniger Chronifizierung und mehr Teilhabe für die Betroffenen.

Nicht unsere Buchstaben, sondern der „Geist“ der Zielsetzung zur Stärkung der Betroffenen und deren Familien ist uns wichtig. Dafür brauchen wir gut strukturierte Hilfesysteme.

PS: Dieser Text erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Neutralität. Aufgrund der verschiedenartigen Erfahrungen zwischen begleitenden Angehörigen und Betroffenen werden die Bedürfnisse von den beiden Gruppen teilweise abweichend formuliert.

Betroffene Familien suchen in ihrer Überforderung Hilfe und Unterstützung. **Beispiel: Kooperationsprojekt der „Familialen Pflege“** zwischen dem **Landschaftsverband Rheinland** und der **Universität Bielefeld** berichtet, welches das Ziel verfolgt, **pflegende Angehörige zu beraten, zu begleiten, zu schulen und zu trainieren, um den Alltag zu erleichtern.**

Kommunikation zwischen Betroffenen und deren Familien sollte mit geeigneter Schulung über gegenseitige Möglichkeiten und Grenzen gefördert werden.

Die **Verpflichtung aller psychiatrischen Leistungsanbieter zur Kooperation, unter Beteiligung von PE- und Angehörigen-Vertretern, bei verpflichtender Moderation durch die Kommune**, z.B. Psychiatrie-Koordinator, kann auch der SPDi sein, muss umgesetzt werden. Ob **dieses Gremium nun GPV oder Psychiatrie-Beirat oder PSAG heißt**, es hat die **gemeinschaftliche Versorgungsverpflichtung**,

Wir fordern faire, emphatisch und solidarisch eingesetzte Sprache: FairMedia bietet **Hilfestellung** für alle Multiplikatoren, die über Menschen mit psychischen Erkrankungen berichten oder für sie entscheiden. Zitat: **„Vermeidung, aber auch Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die uns alle betrifft und fordert.“**
Gegen Stigmatisierung und Diskriminierung: <http://fairmedia.seelischegesundheit.net/>



Basis dieser Arbeit sind der Respekt vor dem menschlichen Leben, wie es in der „Goldenen Regel“ ideal formuliert ist: „Behandle deine Mitmenschen so, wie du selbst behandelt werden möchtest.“

Lese- und Buch-Tipp: „Das Gehirn - ein Beziehungsorgan, „Von der verkörperten Psyche, zur Ökologie psychischer Störungen“, von **Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs**, Universität Heidelberg: „(...) Das Ich ist nicht im Gehirn. Psychische Krankheiten sind nicht Gehirnkrankheiten.“

www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/PPraesentationen_Vortraege/Jahrestagung_DGSP_2017/Fuchs_Das_Gehirn_-_ein_Beziehungsorgan.pdf

Lese-Tipps: „Beziehungspflege“ (von Switlana Endrikat) Für Menschen mit psychischen Störungen ist es wichtig, dass sie in der Klinik eine Person an ihrer Seite haben, der sie vertrauen können und die ihnen Stabilität vermittelt: die Bezugspflegeperson. Sie übernimmt in der Beziehung zum Patienten eine therapeutische Funktion und unterstützt ihn dabei, Ressourcen zu stärken und Krisen zu meistern. Aus: www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/Musterseiten_pph_0213-2.pdf

Lese-Tipp: „Trialog unterstützt Angehörige psychisch Kranker“ (von Ingrid Langschwert) Kliniken treten immer häufiger in den Trialog mit psychisch Erkrankten und deren Angehörigen, denn Studien zeigen, dass engagierte und gut informierte Angehörige einen Krankheitsverlauf positiv beeinflussen können. Doch die Umsetzung des von den Kliniken geforderten Trialogs stellt pflegende oft vor große Herausforderungen, die es zu meistern gilt.

Aus: www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/tw_pflege/Seiten_aus_pph_0214_Druckdaten.pdf

Die Einführung pharmazeutischer Produkte in der Psychiatrie um 1960 stellt einen Wendepunkt dar. Bis dahin war an heutige Erfolge einer Mindest-Teilhabe der Patienten kaum zu denken. **Betroffene und Angehörige erleben es heute erleichtert** (vielleicht zu selbstverständlich?), dass **nach erfolgter psychiatrischer Therapie familiäre Kommunikation auf einem bestimmten Niveau wieder möglich ist, erleben im täglichen Umgang aber die sehr engen Grenzen der Belastbarkeit der Beziehungen und des gegenseitigen Verstehens.**

Die Last der erheblichen und einengenden Nebenwirkungen der Medikamente tragen besonders die Betroffenen, die Angehörigen tragen mit (so lange sie können!!). Hier suchen wir gemeinsam mit den Betroffenen Erleichterung und hoffen auf systemische Therapien, wobei uns folgende Fragen bewegen:

Wie kann es sein, dass im psychiatrischen Kontext ein **durch schwere Krankheit überlastetes Beziehungssystem** ohne Unterstützung gelassen wird? Chronisch überforderte Beziehungs-Systeme sind für Störungen prädestiniert, aber auch gut behandelbar. Werden durch Ausschließen der Familienmitglieder nicht nur die einzelnen „Bruchstücke“ behandelt, um im obigen Bild zu bleiben?

Nach einer vorläufigen Stabilisierung des Patienten im psychiatrisch-therapeutischen Setting sollte das durch schwere Krankheit überlastete Beziehungs-System angesehen, untersucht und therapiert werden. Dabei darf es unter den Familien-Mitgliedern auf keinen Fall ein „Recht haben“, oder irgendwelche „Besitzansprüche“ geben. Ziel könnte sein, wesentliche umstrittene familiäre Positionen in von allen anerkannte umzuwandeln.

Am Ende des Tages stellen wir fest, dass **Angehörige** als auch die **Psychiatrie-Erfahrenen** an vielen Stellen zur Mitsprache und Aktivität gebraucht werden **und auch selbst Hilfe brauchen**. Angehörige selbst und knappe Verbands-Ressourcen müssen dafür aber gestärkt werden. An dieser Stelle **rufen wir die Politik, Kostenträger und alle psychosozialen Einrichtungen auf, zur Stärkung der Betroffenen- und Angehörigen und der Selbsthilfeverbände beizutragen. Danke.**